№ 2. Wien, Freitag den 11. Jänner 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische

Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium

der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. v. Patruban.

Die Behandlung der Abscesse nach Chassaignac.

kritisch beleuchtet von Prof. ***v. Patruban.***

Bekanntlich stellte Chassaignac die Theorie auf: der mangelhaft und nicht stets von Statten gehende Abfluss des Eiters sei es, welcher der Heilung der Abscesse im Wege stehe, es sei daher zweckmässig, die Weichtheile, welche die Wände der Eiterhöhle bilden, mit dem Trocar zu durchbohren, und zwar an zwei aneinander diametral gegenüberliegenden Stellen, und diese durchbohrt zu erhalten mit elastischen Röhren, welche ihrer ganzen Länge nach gefenstert sind, um das stete Ausfliessen des Eiters zu unterhalten.

Das Einlegen dieser Röhrchen erzeuge niemals Entzündung und durch die Wahl des Trocars könne man nach Verhältniss der Grösse und dem tiefen Sitz der Eiteransammlung vier bis sechs Einstiche machen, welche dann sehr leicht zur Heilung gelangen und kaum Narbenspuren, etwa wie nach Blutegelstichen, hinterlassen. Er nannte dieses Verfahren nach Analogie des Entwässerungssystems, welches die Oekonomen zur Trockenlegung morastiger Gründe benützen: drainage chirurgical, und beschrieb sein Verfahren in dem zwei Bände umfassenden Werke: Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Deux volumes in 8⁰. Paris. V. Masson. Es ist nicht zu läugnen, dass in diesem Werke, welches eine grosse Zahl von Beobachtungen enthält, die nach des Verfassers Absicht, dem Praktiker zur Nachahmung in der Behandlung dienen sollen, viel Gutes enthalten ist, namentlich in dem ersten allgemeinen Theil, wo der Eiter bezüglich seiner physischen, chemischen und mikroskopischen Eigenschaften geschildert und die Symptomatologie der Eiteransammlungen abgehandelt und auch die Frage erörtert ist, ob es specifische Eiterungsarten gibt. Bezüglich der rheumatischen Form spricht sich Ch. dahin aus, dass der einfache Rheumatismus nie zur Eiterung führe. Allein einzelne Krankengeschichten, welche oft nur in ein paar Zeilen angegeben sind, dürften kaum den Leser überzeugen, dass die Heilung eben nur durch Drainage geschehen sei. Sehr gründlich hat nun W. Roser in dem Archiv der Heilkunde (1861. 1. Heft) in dem Artikel: zur Abscess-Mechanik, die Grundsätze der Chassaignac'schen Behandlungsart beleuchtet und wir theilen im Auszuge das Wissenswerthe dieses trefflichen Aufsatzes mit. Zuerst erörterte Roser die Grundbedingungen, welche die Heilung eines eröffneten Abscesses ermöglichen; diese sind: Das Zusammenrücken der Wände nach Entleerung der Eiterhöhle und das Verwachsen der Abscesswände miteinander. Eine solche »primäre« Heilung setzt aber ganz nachgiebige Wände der Höhle voraus, eine Bedingung, welche selten vorhanden ist; die Abscesswände stehen im Gegentheile oft weit von einander ab, sie sind aus unnachgiebigen Theilen zusammengesetzt und sind selbst im infiltrirten, atrophischen, somit in einem der Adglutination ungünstigen Zustande.

Die meisten Abscesse kommen somit auf secundärem Wege zur Heilung und es ist nach Roser die sogenannte Narbencontraction, welche hier vorzugsweise als mechanisches Moment wirkt, während eine Art Verschrumpfung den allmäligen Abschluss der Höhle einleitet, wie diess die anatomische Untersuchung zur Genüge lehrt. Der rationelle Chirurg hat somit den Hindernissen dieser Verschrumpfung entgegen zu arbeiten. Diese Hindernisse sind aber: mangelhafter Abfluss des Eiters, constitutionelle Krankheiten, örtliche Fehler, als: Nachgiebigkeit der Wände, Hyperämie, Anämie der Wände u. s. w., endlich unbekannte Ursachen. Die Ueberwachung des ununterbrochenen Eiterabflusses mit oder ohne Röhrchen, umfasst daher nur einen Theil der Heilanzeigen und dieser dürfte nur bei Abscessen mit enger Oeffnung durch das Einlegen der Drainage-Röhrchen erreicht werden. Roser machte schon im Jahre 1856 in einer eigenen Abhandlung aufmerksam, dass die klappenförmig sich öffnenden Eiterhöhlen noch am ehesten für das Einlegen von Röhren sich eignen, indem man den ventilartigen Verschluss der Eingangsöffnung durch diesen Mechanismus aufhebt, wenn gleich durch eine Erweiterung mit dem Knopfbistourie oder durch Ausdehnung mit einer Kornzange durch das öftere Einführen einer Sonde, des Fingers u. s. w. dasselbe erreicht werden kann. Was die von Ch. so warm empfohlenen Gegenöffnungen betrifft, so ist deren Anlegen durch dicke Weichtheilschichten keineswegs gleichgültig, und wenn Ch. beim Psoasabscess eine Kautschukschlinge hinter dem Fallopi'schen Bande durch die vordere Bauchwand einlegt, so dürfte dieses kühne chirurgische Manöver

kaum eine Nachahmung finden. Roser erörtert nun im Verlaufe seiner Abhandlung die Lehre von der Stagnation des Eiters, von der Gefahr des Lufteindringens und bespricht die aus der Starrheit der Wände, der örtlichen Atrophie und Hyperämie resultirenden Hindernisse der Heilung mit einer Gründlichkeit und Klarheit, wie eine solche nur von dem physiologisch tüchtig gebildeten und auf reicher Erfahrung fussenden Chirurgen zu erwarten war. Wir verweisen den Leser auf den höchst lehrreichen Originalaufsatz selbst und erlauben uns nur die Corollarien wiederzugeben, welche am Schlusse des Aufsatzes aufgestellt sind.

Bei acuten Abscessen ist die Drainage nicht zu empfehlen, weil nicht selten Faserstoffgerinnungen, Blutklümpchen oder abgestorbene Gewebetheile zu entfernen sind; bei den kalten Congestionsabscessen setzen die albuminösen Niederschläge ein gleiches Hinderniss. Der Eiterabfluss durch eine freie Oeffnung ist sicherer und ausgiebiger, als durch ein Drainageröhre. Dagegen ist die Drainage zu empfehlen bei Abscessen mit klappenförmiger Verschliessung, in Fällen, wo aus anatomischen Gründen eine grössere Eröffnung nicht wohl ausführbar ist. Auch dient die Drainageröhre dem Ausfluss besser, als der Haarseilfaden, wenngleich letzterer nicht unter allen Umständen zu verwerfen ist.

Wir möchten noch beifügen, dass bei voluminösen, von atrophirten, flacciden Muskeln begrenzten Abscessen, wie sich diese z. B. bei ablaufender Coxalgie zeigen, die Einlage der Röhre schon desshalb nicht statthaft erscheine, da man in solchen Fällen von dem Anlegen eines die Höhle gleichmässig drückenden und die schlotternden Wände annähernden Expulsivverbandes, welcher die Anlöthung der Wände oft in überraschend günstiger Weise befördert, abstehen müsste, indem das eingelegte Rohr einen solchen Druck nicht zulässt.

Bericht über die auf der Wiener-Augenklinik des Professor Dr. Arlt im Studienjahre 1859 behandelten Kranken.

Bearbeitet vom Assistenten Dr. ***Businelli.***

(Fortsetzung.)

d) Conjunctivitis trachomatosa.

Es wurden 9 männliche und acht weibliche, zusammen 17 Patienten, klinisch behandelt. Nur in zwei Fällen war das Leiden acut aufgetreten und hatte in dem einen Falle nur das rechte Auge ergriffen; in den übrigen dagegen hatten nicht nur mehrere Exsudationsnachschübe in der Bindehaut beider Augen stattgefunden, sondern es waren bereits anderweitige Folgezustände an der Cornea und den Lidern vorhanden. In 6 der chronischen Fälle war nämlich Pannus, bei 3 Pannus und Trichiasis bei 1 Distichiasis, bei 1 Blepharophimosis (durch Verwachsung der Lidränder nahe an der äussseren Commissur) eingetreten, endlich sahen wir in zwei Fällen Entropium durch Schrumpfung und Atrophie der Lidbindehaut.

Was die körperliche Beschaffenheit der von diesem Uebel behafteten Individuen betrifft, so müssen wir hervorheben, dass dieselben ohne Ausnahme schlecht aussahen, indem dieselben blass, mager, frühzeitig gealtert, die übrigen torpid, aufgedunsen waren, ein Umstand, der unsere auf sehr zahlreiche Beobachtungen gestützte Ansicht bestätigt, dass das Trachom in einem tieferen Allgemeinleiden begründet sei. Von den 17 Individuen gehörten sieben der israelitischen Confession an.

Einer der zwei acuten Fälle verdient wegen seiner Eigenthümlichkeit eine nähere Besprechung,

L. G., ein 14jähriger Knabe, Zögling des Taubstummen-Institutes, aus der Wallachei gebürtig, wurde im Jänner 1859 auf die Klinik gebracht. Von dem Begleiter des Knaben konnte man nur erfahren, dass letzterer 4 Tage früher ohne bekannte Ursache von einem Fieber befallen wurde, das am folgenden Tag nicht wieder kam. Gleichzeitig hatte man bemerkt, dass der Patient etwas lichtscheu geworden war und seine Augen nicht vollständig schliessen konnte. Mit augenkranken Individuen soll er in gar keine Berührung gekommen sein. Bei der am vierten Tage nach der Erkrankung vorgenommenen Untersuchung fanden wir am rechten Auge: die innere Fläche des oberen Lides netzförmig injicirt, geröthet, nicht geschwellt, die Meibom'schen Drüsen deutlich durchscheinend, längst des ganzen oberen Randes des Tarsus sieht man 20—25 isolirt dastehende staubkörnerartige, lichtgraue, durchscheinende Hügelchen, deren Erhabenheit über das Niveau man beim Spiegeln erkennt. Der obere Rand des Tarsus ist durch eine Furche markirt und deutlich abgegränzt von der Uebergangsfalte, welche bei nach abwärts gerolltem Auge sichtbar wird; an derselben befindet sich eine aus drei Reihen von dicht gedrängten, leichten, hyalinen Körpern zusammengesetzte Wulst. Diese winklichen Erhabenheiten sind schon an ihrer Basis vorragend, einzelne von ihnen matt, graugelb, den erweichten Tuberkeln ähnlich. Die Bindehaut des Bulbus ist von zahlreichen Gefässen durchzogen. Am unteren Lide ist der Tarsaltheil wie am oberen; der Uebergangstheil ungleich stärker geschwellt, hochroth, ebenso mit röthlichen Körnern besetzt. Nahe am inneren Augenwinkel bemerkt man in der Uebergangsfalte zwei kleine, mit graugelb infiltrirten Rändern versehene Grübchen, welche wahrscheinlich durch Zerfall solcher graugelber Körner entstanden waren. Sonst ist nirgends eine Erosion oder ein croupöses Exsudat zu sehen. Die Uebergangsfalte ist an einzelnen Stellen mit leicht abstreifbarem, zähen, opaken Schleim bedeckt. — Am linken Auge sind die Erscheinungen dieselben, nur ist hier die Schwellung eine bedeutendere. An der Uebergangsfalte sind sowohl die lichtgrauen, hirsekorngrossen, als die graugelben Körner zahlreicher, und die Secretion etwas reichlicher. An der Conjunctiva bulbi dieses Auges ist nächst der halbmondförmigen Falte ein graugelbes Infiltrat bemerkbar. Der Patient äussert keine Schmerzen, hat mässige Empfindlichkeit gegen das Licht, die Temperatur des Lides ist nicht erhöht, die Haut desselben nicht geröthet. Der Kranke sieht nicht schlecht aus, ist jedoch mager und hat geschwollene Lymphdrüsen am Halse.

Aus den oben beschriebenen Erscheinungen, deren Complex wohl selten vorkommen mag, der aber weder beim Bindehautkatarrh, noch bei der acuten Blenorrhoe beobachtet wird, stellte man die Diagnose: Conjunctivitis trachomatosa acuta. Es war nun Aufgabe der Therapie, die Resorption der Exsudate zu begünstigen. Zu diesem Zwecke wurde das Ung.ciner. mit 10 gr. Extr. Bellad. (pro drachma) zur Einreibung an Stirn und Schläfe verordnet, und als nach einer Woche die Injection der Conjunctiva bulbi, die schleimige Secretion und die geringe Lichtscheue verschwunden waren, bestrich man überdiess täglich einmal die Lidbindehaut mit Cuprum sulfur. in Substanz. Die Exsudate verklei-

nerten sich, ohne zu zerfallen, die zwei Grübchen füllten sich aus und nach drei Wochen wurde der Knabe geheilt entlassen.

Was die übrigen Fälle betrifft, so boten sie bezüglich der Erscheinungen und des Verlaufes nichts besonderes. Hinsichtlich der Behandlung, neben der entsprechenden und nahrhaften Diät und dem antiscrophulosen Medicamente blieb das örtlich angewendete Sulfas Cupri immer das Hauptmittel gegen die in und unter der Bindehaut gelagerten Exsudate. Bei drei Individuen wurde wegen Trichiasis eine Operation an beiden Augen vorgenommen, und zwar einmal die Abtragung des Haarzwiebelbodens nach Flarer, einmal die Verschiebung desselben mit Behaltung der Cilien nach Jaesche und einmal die Ausschneidung einer elliptischen Hautfalte aus dem unteren Lide nach Celsus. In allen drei Fällen wurde der Zweck vollständig erreicht.

Von den 16 aus dem Spital Entlassenen waren 9 geheilt, 7 gebebessert.

e) Pterygium.

Es kam ein einziger Fall vor und zwar bei einer 70-jährigen Pfründnerin, welche sehr häufig an Bindehautkatarrh und Schnupfen gelitten hatte. Die Verbildung war in Form des sogenannten Pter. tenue an beiden Augen vorhanden. Man bemerkte nämlich im inneren Augenwinkel eine dreieckige, verdickte, geröthete, von 6—7 oberflächlichen gegen das Hornhautcentrum hin convergirenden Gefässen durchzogene Bindehautfalte, deren Basis 3—4 Linien breit, an die Plica semilunaris anstiess und deren abgerundete, fein zackige Spitze im inneren Segmente der Cornea eine halbe Linie vom Centrum entfernt, endete. Am rechten Auge war von der Spitze des Flügelfells die Cornea leicht getrübt und zeigte einen oberflächlichen Substanz-Verlust, in dessen Mitte ein, angeblich erst vor 10 Tagen eingefallener, fremder Körper sass, der allsogleich ohne Mühe entfernt wurde. Am linken war die Hornhaut bis knapp an der Spitze des Flügelfells normal. Das Sehvermögen war schon seit mehreren Wochen etwas getrübt; auch am äusseren Hornhautrande beider Augen ein wenig unterhalb des horizontalen Durchmessers bemerkte man ein ähnliches, jedoch viel kleineres Uebergreifen der Conjunctiva auf die Cornea in Form eines kleinen, erhabenen Dreiecks. Die Behandlung bestand in der Abtragung der zwei grösseren Flügelfelle. Die Operation wurde auf folgende Weise ausgeführt: Man fasste mit einer kleinen Pincette die Conjunctivalfalte auf dem Hornhautrande, man löste dieselbe von da gegen die Spitze hin mit einem Staarmesser von der Cornea los und trug dann die auf der Sclerotica liegende Basis mit der Scheere so ab, dass die resultirende Wunde die Form eines Rhomboides erhielt. Nach der Operation wurden durch einige Stunden kalte Ueberschläge angewendet. Die Wunden heilten in acht Tagen. Die Cornea wurde auch an der früher vom Pterygium bedeckten Partie fast vollkommen durchsichtig und dadurch war das Sehvermögen wesentlich gebessert.

f) Cystis conjunctivae et tunicae vaginalis.

Unter diesem Namen wurde eine eigenthümliche Neubildung am Augapfel behandelt. Ein Schneidergeselle von 35 Jahren hatte sich vor 18 Jahren das linke Auge mit einem Taschenmesser verletzt, dessen Spitze einen Theil der Cornea und Sclerotica getroffen und durchstochen zu haben scheint. Die Wunde soll gar nicht geblutet haben und nach mässiger Reaction in kurzer Zeit mit Hinterlassung einer stecknadelkopfgrossen bläulichen Erhabenheit am Hornhautrande geheilt sein. Die Pupille blieb indessen gegen die Narbe verzogen und das Sehvermögen war auf Lichtempfindung beschränkt. Erst 6 Wochen vor der Aufnahme war partielle Röthe um die narbige Stelle eingetreten, zugleich bildete sich neben dem bestehenden narbigen Hügel allmälig eine blasenartige Erhabenheit. Bei der Aufnahme fand man an der Sclere nahe am unteren Rande der Cornea eine mehr als erbsengrosse, halbkugelige, ziemlich scharf begränzte, weissliche, etwas durchscheinende Erhabenheit, an deren Oberfläche einige feine Conjunctivalgefässe verliefen. Diese blasenartige Verwölbung ragte ungefähr $^3/_4$ Linien über das normale Niveau der Sclera hervor und war so resistent, dass sie sich mit dem Fingerdruck nicht abflachen liess. Die Umgebung war lebhaft geröthet, die Cornea war rein, im allgemeinen normal gewölbt, nur gegen die Geschwulst hin etwas dachförmig ansteigend, die Iris sehr stark nach vorn gewölbt und von oben nach unten durch eine Furche in zwei Ausbuchtungen getheilt. Die Pupille durch eine kalkig aussehende Masse verlegt, klein, nach unten verzerrt. Man war berechtigt, anzunehmen, dass das verletzende Instrument nicht nur bis zum Glaskörper, sondern auch bis in die Linse eingedrungen war. Wahrscheinlich war etwas Glaskörper ausgetreten und hatte, von der wieder vereinten Bindehaut überzogen, die obgenannte Erhabenheit hinter dem Hornhautrande gebildet. Andererseits war Schrumpfung und theilweise Verkalkung der Linse, wahrscheinlich auch mehr weniger ausgedehnte Netzhautabhebung entstanden. Später, 6 Wochen vor der Aufnahme, war offenbar Berstung der Scleralwunde eingetreten (ob spontan, ob nach einer gewaltsamen Einwirkung, momentaner Steigerung des intraocularen Druckes bleibt unentschieden).

Die Behandlung bestand in der Abtragung der Geschwulst mittels eines Staarmessers, welches wie beim gewöhnlichen Staphylom durch die Basis geführt wurde, worauf man die noch hängende Kuppel mit einer Pincette fasste und mit einer Scheere excidirte. Die Blase enthielt eine klare, etwas gelbliche Flüssigkeit. Nun wurde in der Sclera eine etwa hirsekorngrosse Oeffnung sichtbar, aus welcher noch etwas wässerige Flüssigkeit herausfloss, die man nicht näher untersuchen konnte. Im Grunde dieser Lücke sah man eine schwarze Masse, welche wohl nur von auswärts gedrängten Theilen der Iris oder des Ciliarkörpers herstammen konnte. Diese Oeffnung in der Sclera zeigte wenig Tendenz zu einem festen Verschlusse und einen solchen herbeizuführen, ehe die Bindehautwunde durch Beiziehung der benachbarten Partien erfolgte, wurde dieselbe wiederholt mit einem zugespitzten Lapis touchirt und es bildete sich schliesslich eine Narbe daselbst, welche dadurch an Festigkeit gewann, dass die Narbe der Sclera verstärkt wurde durch die gerade auf ihr entstandene Narbe der Scheiden- und Bindehaut des Augapfels.

III. Krankheiten der Hornhaut.

a) Keratitis.

Mit primären, entzündlichen Affectionen der Cornea wurden 39 Individuen aufgenommen (22 Männer, 17 Weiber), wovon 6 (1 M., 5 W.) am Anfang der Ferien noch in Behandlung blieben.

Dem Alter nach standen die Patienten:

unter	1 Jahr	1
zwischen	1—10 »	1
»	10—20 »	14
»	20—30 »	10
»	30—40 »	2
»	40—50 »	8
»	50—60 »	3
		39.

Ergriffen waren das rechte Auge allein 11 Mal, das linke 16 Mal, beide Augen 12 Mal. Bezüglich der Form, welche wohl immer, vorzüglich von dem ätiologischen Momente abhängig ist, hatten wir 8 Fälle von Keratitis scrophulosa (3 M. 5 W.), 19 Fälle von Kerat. rheumatica (15 M., 4 W.), 10 Fälle von Keratitis unbestimmter Natur, wovon die meisten wohl als secundäre Hornhautentzündung nach Conjunctivitis scrophulosa zu betrachten waren (4 M. 6 W.); ein Fall von Kerat. traumatica und einen in Folge von Aetzung durch Kalk (2 W.), worauf wir später zu sprechen kommen. Wenn wir diese Eintheilung befolgen, so geschieht diess 1. weil sie durch die krankhaften Erscheinungen, sowie durch den Verlauf gerechtfertigt erscheint, und 2. weil das ätiologische Moment hauptsächlich für die Behandlung berücksichtigt werden muss. Damit wollen wir jedoch nicht gesagt haben, dass jeder Fall in eine bestimmte Kategorie passen müsse, wir sind vielmehr überzeugt, dass bei der Mannigfaltigkeit der krankhaften Processe, welche theils durch die Individualität, theils durch äussere Einflüsse modificirt werden, oft in der Praxis Fälle vorkommen, die sich vom klinischen Standpunct aus weder in die eine, noch in die andere Rubrik hineinzwängen lassen. Wie jedoch ein System in jeder Wissenschaft nothwendig ist, so glauben wir, dass zweifelhafte oder complicirte Fälle nach den hervorragendsten Symptomen in die ihnen am nächsten stehenden Kategorien vorläufig einzureihen, und die Abweichungen, die sie darbieten, genau zu notiren sind. Daher haben wir z. B. 3 oder 4 Fälle von Hornhautentzündung, bei welchen die Anamnese nichts Bestimmtes über die Entstehuug ergab und die Erscheinungen an und für sich eine nähere Specificirung nicht absolut aufdrängen konnten, unter der Keratitis rheumatica gezählt, weil diess das Wahrscheinlichste schien.

Die Kürze eines summarischen Berichtes gestattet uns nicht, in Einzelnheiten jeder Krankheitsform einzugehen, um somehr, als wir schon im vorjährigen Berichte die Ansichten des Herrn Prof. Arlt über die Bedeutung dieser Formen und über die Behandlung derselben mit genügender Ausführlichkeit erwähnten.

Die 48 mit Keratitis scrophulosa behafteten Individuen waren durchwegs noch im jugendlichen Alter. In sechs Fällen waren beide Augen afficirt, drei dieser Individuen hatten schon ein oder mehrmal an dieser Affection gelitten. — Die Cornea war theilweise oder ganz getrübt, an der Oberfläche matt, in 4 Fällen mit deutlichen, rothen Gefäsen durchzogen. Besonders in einem Falle war die Gefässinjection in und auf der trüben Cornea auffallend. Diese Membran erschien quer-oval, indem von oben und von unten der von zahlreichen radiär verlaufenden und mit Endschlingen communicirenden Gefässen geschwellte Limbus conjunctivae auf die Substanz der Cornea übergriff, ihren senkrechten Durchmesser verkürzte und gleichsam das Exsudat in seinem Weitergreifen vor sich herdrängte.

Bei der rheumatischen Form, welche unter 19 Fällen nur dreimal an beiden Augen zugleich aufgetreten war, fanden wir entweder grau-weisse, parenchymatöse, mehr weniger ausgedehnte Trübungen oder partielle, eiterige Infiltration, Abscesse, tiefe Geschwüre in der Cornea. Gefässentwicklung sahen wir hier nur in Folge von Geschwürsbildung und zwar, wenn bereits der Vernarbungsprocess begann. In 6 dieser Fälle war gleichzeitig Iritis vorhanden

Bei den übrigen Fällen von Keratitis (secundaria) sahen wir achtmal Hornhautgeschwüre mit graugelb infiltrirtem Grunde, einmal einen centralen Abscess mit Hypopium und Zeichen von beginnender Iritis; einmal Hypopion und Unguis. Was die Behandlung betrifft, so wurde auf das Auge selbst nur Atropinlösung eingeträufelt. Bei der scrophulösen Form war die Therapie hauptsächlich eine allgemeine, die Diät eine nahrhafte. Oertlich (an der Stirne) wurde in der Regel graue Salbe mit Ext. Bellad. eingerieben. Bei der rheumatischen Form liess man die Kranken im Bette liegen, man schützte sie vor jedem Luftzuge, das Auge selbst wurde leicht beschattet. Ausser der Atropineinträuflung liess man besonders bei heftigen Schmerzen die graue Salbe mit Opium an die Stirn und Schläfe einreiben und innerlich wurde zur Beförderung der Hauttransspiration Tart. stib. refracta dosi verabreicht. War starke, eiterige Infiltration des Hornhautgewebes da, welche Durchbruch der Cornea befürchten liess, so wurde die Punction vorgenommen und zwar in der Regel im unteren Segmente (zweimal auch im Centrum des Geschwürs selbst).

In einem anderen Falle wurde der bevorstehende Durchbruch durch Aetzung des Geschwürgrundes mittels eines fein zugespitzten Lapis infern. beschleunigt. Das Abfliessen des humor aqueus sowohl beim spontanen Durchbruch, als bei der Punction hatte jedesmal eine wenigstens vorübergehende Erleichterung der Schmerzen zur Folge.

Von den 33 entlassenen Individuen waren 28 geheilt, 2 gebessert und 1 ungeheilt. Die mittlere Behandlungsdauer war vier Wochen. Erwähnenswerth sind folgende zwei Fälle von Keratitis:

Ein vierjähriger Knabe, der angeblich immer gesund gewesen ist, wurde vom Scharlach ergriffen; schon in den ersten Tagen wurden die Augen sehr roth. Als das Exanthem in voller Eruption war, zeigten sich an verschiedenen Körperstellen bohnengrosse, mit einer schwarzen Flüssigkeit gefüllte Blasen, die spontan platzten. Der Ausschlag nahm sonst einen gewöhnlichen Verlauf, nur die Augen wurden immer röther, fiengen an zu fliessen und konnten nicht mehr geöffnet werden. Am 20. Tage nach dem Erscheinen des Exanthems wurde das Kind auf die Klinik gebracht. Wir fanden dasselbe mager, schlecht aussehend, mit rauher, schuppiger Haut. Die Cornea des rechten Auges war durchaus zerstört, die Iris blossliegend, gleichmässig nach vorn gewölbt, mit einer dünnen Exsudatlage überzogen. Die Pupille offen, etwa $1^1/_2$ Linien im Durchmesser, in derselben die ungetrübte Linse sichtbar, durchaus an die Iris angelagert. Die Cornea des linken Auges zeigte an ihrer unteren Hälfte eine zwei Linien im Durchmesser betragende, mit graugelbem Exsudate ausgefüllte Oeffnung, in welche ein Theil der Iris hineingezogen zu sein schien. Die mittlere Cornea war leicht getrübt und matt. Die vordere Kammer bestand und von der Pupille war die obere Hälfte

sichtbar. An beiden Augen die Lider etwas geschwellt, die Bindehaut mässig injicirt. An allen Körperstellen, wo früher die erwähnten Blasen sich gezeigt hatten, waren nun tiefe, rundliche, erbsen- bis kreuzergrosse, mit steilen Rändern versehene Geschwüre zu sehen (10—12 an der Zahl), die theils einen speckig-infiltrirten Grund hatten, theils mit trockenem, braunem Schorfe bedeckt waren. Das Kind fieberte und jammerte fortwährend. Der Appetit schien jedoch wenig vermindert zu sein. Verordnet wurde: Innerlich ein säuerliches Getränk, für das linke Auge Atropinlösung zweimal täglich, zur Reinigung der Hautgeschwüre ein verdünntes Chlorwasser. Die Behandlung dauerte 22 Tage; die Hautgeschwüre waren in der Heilung begriffen; an der Stelle der zerstörten Cornea bildete sich eine flache Narbe; das Geschwür der linken Cornea heilte mit vorderer Synechie, das Kind konnte mit diesem Auge selbst kleinere Gegenstände, wie ein Goldstück, einen Bleistift u. s. w. sehen. In diesem Zustande wurde es auf Verlangen der Eltern entlassen.

2. Ein $3\frac{1}{2}$ Monate altes, angeblich seit 3 Wochen erkranktes Kind wurde anfangs April auf die Klinik gebracht. Dasselbe hatte rechts ein angebornes Coloboma iridis, war sehr blass und bis zum Scelette abgemagert und hustete seit einigen Tagen sehr stark. Die Mutter, eine Taglöhnerin, gab an, der Kleine sei sonst immer gesund und gut aussehend gewesen. Sein Leiden soll in Form eines Bindehautkatarrhs mit Verklebtsein der Lider angefangen haben, worauf Husten und rasche Abmagerung eintrat. Was die Augen betrifft, so fanden wir die Lider kaum merklich geröthet und geschwellt, die Conjunct. palpebrarum leicht injicirt, die Conjunct. bulbi hypertrophisch, blass, trocken, wie mit Kalk bestreut, die Cornea beider Augen in ihrer ganzen Ausdehnung matt, wie angehaucht, dieselbe war aber an ihrer peripherischen Stelle (am rechten Auge nach innen, am linken nach aussen) durchbrochen, so dass die Iris in Form eines rundlichen, mit weissem Exsudat belegten Knopfes aus der Oeffnung hervorragte. Die Ränder des Hornhautgeschwüres weissgelb infiltrirt, die Pupillen trotz der Beschaffenheit der Cornea sichtbar gegen den Prolapsus verzogen.

Prof. Arlt, auf frühere Beobachtungen gestützt, sprach sich dahin aus, es sei sowohl der allgemeine Zustand, als auch die partielle Zerstörung der Hornhaut höchst wahrscheinlich von mangelhafter Ernährung (Darm- und Lungenkatarrh) abhängig. Die Behandlung bestand in Einreibungen mit Leberthran auf die ganze Körperoberfläche und in der Einträuflung von Atropinlösung in die Augen einmal täglich. Als Nahrung bekam das Kind täglich mehrere Male lauwarme Kuhmilch. Unter dieser Pflege und Therapie besserte sich sowohl der allgemeine Zustand als das Augenleiden. Der Prolapsus wurden von Tag zu Tag flacher und kleiner und der Husten minderte sich. Die Behandlung konnte jedoch, da die Mutter, mit dieser Besserung zufrieden, die Entlassung dringend verlangte, nicht bis zur vollständigen Heilung fortgesetzt werden.

Der schon erwähnte Fall von Keratitis durch chemische Einwirkung von Kalk war folgender:

Eine 19jährige Taglöhnerin war beim Baue eines Hauses beschäftigt. In einem Moment, wo sie auf das Gerüste hinaufblickte, fiel ihr ein wenig frisch gelöschter Kalk ins rechte Auge, worauf sie heftige Schmerzen bekam, nach Hause gieng und kalte Ueberschläge machte. Am dritten Tage darnach kam sie auf die Klinik. Man fand die Lider des rechten Auges, besonders das obere, geschwollen und heiss. Beim Oeffnen der Lidspalte bemerkte man in derselben eine graugelbliche, feste Exsudatmasse, welche sowohl mit dem oberen als dem unteren Lide zusammenhieng, so dass man die Lidspalte nur auf circa drei Linien öffnen konnte. Die Verwachsungsstellen dieses Exsudates waren etwa zwei Linien vom freien Lidrande entfernt, aber auch die sichtbare Partie der inneren Lidfläche war ebenfalls mit ähnlicher Exsudatmasse überzogen. Von der Cornea und Sclera war nichts zu sehen; der ganze Bulbus war mit einer gelblichgrauen Masse überzogen, von der man erst durch Untersuchung erfahren musste, wie sie sich zu der Cornea und Scleralbindehaut verhalte. Da die Kranke gegen jede weitere Untersuchung heftig reagirte, so musste sie chloroformirt werden. Als diess geschehen war, suchte man die croupöse elastische Exsudatmasse zuerst von den Lidern zu trennen, was auch mittels einer Pincette und des Daviel'schen Löffels bewerkstelligt wurde. Es liessen sich einige Fetzen des fast ad härirenden Exsudates mit etwas Mühe entfernen. Beim weiteren Loslösen des oberen Lides mit dem Daviel'schen Löffel fand man in der Gegend der Uebergangsfalte einige Kalkkörner im Exsudate eingebettet. Die innere Fläche des freigemachten und umgestülpten Lides war gelbgraulich und liess sich mit dem Daviel'schen Löffel und der Pincette nur theilweise reinigen. Das innere Drittel der Uebergangsfalte war schon fest verwachsen, daher konnte auch der Bulbus weniger nach abwärts gerollt werden. Die ringsherum isolirte Pseudomembran liess sich nur allmälig auch von der Cornea losschälen. Letztere war noch durchsichtig aber sehr matt; sie schien selbst einen Theil der croupösen Masse geliefert zu haben. Die Conjunctiva bulbi erschien nun sehr stark injicirt, in der Cornea dagegen war kein Gefäss zu entdecken, auch bot dieselbe nirgends einen Substanzverlust dar. Die Pupille war sichtbar, die Patientin konnte die Finger richtig zählen und selbst kleinere Gegenstände mit diesem Auge wahr nehmen. Hinsichtlich der Behandlung wurde verordnet, sehr fleissig Eisüberschläge zu machen, in den Bindehautsack wurde ein Tropfen Mandelöhl eingeträufelt, was nach der Aussage der Kranken die Schmerzen allsogleich mässigte. Glycerin wurde nicht angewendet, da wir über die Wirkung desselben keine bestimmte Erfahrung hatten und in in diesem Falle nicht experimentiren wollten. Ueberdiess wurde täglich zweimal Atropin eingeträufelt. In den ersten zwei Tagen war die Reaction nicht bedeutend, man entfernte sogar noch einige nekrotische Partien aus der oberen Partie des Conjunctivalsackes. Am dritten Tage erfolgte eine starke, croupöse Exsudation am oberen Conjunctivalabschnitte, besonders nach innen, und in dieser Richtung wurde eine entsprechende Zone der Cornea bedeutend trüber. Dieses neugebildete Exsudat wurde mit einem Leinwandläppchen abgestreift. Die erwähnte Behandlung wurde bis am achten Tage fortgesetzt, zu welcher Zeit die kalten Ueberschläge ausgesetzt werden konnten. Die Reizungserscheinungen nahmen allmälig ab und nach vier Wochen wurde das Mädchen auf Verlangen des Vaters gebessert entlassen. Zu dieser Zeit war ausser dem partiellen Symblepharon ein leichter Substanzverlust mit grauem Belege in der Cornea nach innen-unten; sonst war diese Membran noch etwas matt, die Conjunctiva narbig. Patientin konnte die Zeiger der Taschenuhr sehen. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Doppelmord.

Mitgetheilt von Dr. *Schumacher*, k. k. Prof. in Salzburg.

Auf die Anzeige des Wundarztes H..., dass er den 14. Juli Morgens, zwischen 6 und 6½ Uhr in die Mühle des C. K. gerufen daselbst dessen Ehegattin Helene und die 7jährige Tochter Susanne im Schlafgemache im Blute schwimmend todt fand, begab sich die Commision des Landesgerichtes S., bestehend aus dem Staatsanwalte P., dem Polizeidirector M., dem Untersuchungsrichter E., dem beeideten Protocollführer L., dem Arzte Sch. und Wundarzte S. als Sachverständigen, allsogleich an Ort und Stelle. Nachdem beide Leichen von den Hausgenossen agnoscirt worden waren, schritt man zur gerichtlichen Todtenbeschau. Diese ergab in Beziehung 1. der Helene K. folgendes:

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die mit einem stellenweise blutbefleckten Leintuche verhüllte Leiche liegt zwischen dem an der Frontwand nächst dem Ofen befindlichen Fenster und dem Fusstheile ihres Bettes in einer Rückenlage schief auf dem Zimmerboden, dass die linke untere Extremität im Knie gebeugt, mit den Zehen die Mauer berührend, während der Kopf, 2′ von dieser Mauer entfernt, dem Bette zugekehrt ist.

2. Der Kopf und der obere Theil des Stammes bis unter die Schultern liegen in einer unregelmässig dreieckig gestalteten, 2′ langen, bis an die Frontwand sich hinziehenden Lache aus Blut, welches theils flüssig, theils geronnen ist.

3. Die Kleidung besteht aus einem Hemde, dessen Brust, Rückentheil und Aermeln gleichförmig vom Blut durchtränkt, die übrigen Partien mit Blutflecken von verschiedener Grösse besetzt sind und aus reinen Strümpfen. Nach Uebertragung der Leiche in die Wagenremise:

4. der Körper ist von mittlerer Grösse, kräftig, regelmässig gebaut, sehr gut genährt;

5. die Todtenstarre wenig entwickelt, die hintere Körperfläche mit blass-violettrothen Todtenflecken besetzt;

6. das dichte, lange, graue Kopfhaar aufgelöst, durch Blut verklebt;

7. das ganze Gesicht, der Hals, die Brust, der rechte Theil des Bauches sind mit mehr wenigen vertrocknetem Blute belegt;

8. an der Körperoberfläche zeigen sich folgende Wunden:

a) eine ober dem linken Ohr beginnende, von der Schläfe zum Hinterhaupt in schiefer Richtung nach ab- und rückwärts verlaufende, halbmondförmig gestaltete, 2½″ lange, in der Mitte 1½‴ klaffende Wunde, in deren Grunde der blosgelegte und zum Theil gesplitterte Hinterhauptknochen zu fühlen ist. Die Wundwinkel und Ränder sind scharf, mit dunklem, dünnflüssigem Blute, welches in geringer Menge aus der Wunde fliesst, bedeckt.

b) Beim Aufheben des Kopfes, um die Kopfhaare abzurasiren, sieht man ein Messerheft aus dem Nacken ragen. Dieses Messer ist links hart an der Wirbelsäule in der Gegend zwischen dem 2. und 3. Halswirbel in der Richtung von oben ein- und rückwärts, nach ab-, aus- und vorwärts, mit der Schneide nach vorne gerichtet, mit solcher Gewalt in die Weichtheile eingestossen, dass das Heft über 2″ tief noch in dem Wundcanale steckt und die Spitze der Klinge über dem äusseren Schlüsselbeinrande in der Richtung gegen die Achselgrube zu, von aussen durch die Weichtheile deutlich zu fühlen ist. Es steckt so fest, dass ein ziemlicher Kraftaufwand zum Herausziehen nothwendig ist. Nach Entfernung dieses Messers ergiesst sich aus der 1¼″ langen, 2‴ klaffenden, scharfkantigen Eingangsöffnung des Wundcanales dunkles, dünnflüssiges Blut in bedeutender Menge.

c) Einen ½ Zoll von dem hinteren Ende der Wunde sub a) entfernt, und in gleicher Höhe mit derselben zeigt sich in der Hinterhauptsgegend eine stumpfwinkelig gestaltete, mit den Spitzen nach aufwärts gerichtete Wunde, deren ½″ lang, scharfe Ränder haben und mit Blut bedeckt sind.

d) An dem linken, äusseren Ohr ist eine am oberen Ende zwischen der Windung und Gegenwindung beginnende, in schiefer Richtung von oben und vorwärts, nach ab- und rückwärts verlaufende, 2¼″ lange Wunde, welche ihrer ganzen Länge nach den Ohrknorpel durchdringt, die Ohrmuschel 1″ lang vom äusseren Gehörgang abtrennt und von da in die tiefer gelegenen Weichtheile eindringt. Die Ränder sind scharf, aus dieser Wunde quillt etwas dunkles, dünnflüssiges Blut.

e) An der vorderen Halsfläche befindet sich in der oberen Zungenbeingegend, 1″ unter dem Kinn, von der Medianlinie ein paar Linien nach links entfernt, eine in querer Richtung verlaufende, 1″ lange, nicht klaffende Wunde mit scharfen Rändern und Winkeln, die trocken sind.

f) ¼″ unter dieser, mehr nach aussen und

g) in der seitlichen Halsgegend in gleicher Höhe mit dem oberen Rande des Schildknorpels, ist eine solche Wunde wie ad e).

h) 1½″ unter dieser ad g), wo die seitliche Halsfläche mit dem Nacken zusammenstosst, befindet sich eine in schiefer Richtung von oben und aussen nach ab- und einwärts verlaufende 2½‴ lange, scharfkantige, nur wenig klaffende, trockene Wunde.

i) Von dieser ⅓″ nach ab- und einwärts entfernt, eine 3‴ lange, eben so beschaffene

k) knapp über der oberen linken Schlüsselbeingrube, 1″ unter der sub i) ist eine in querer Richtung verlaufende, 3‴ lange, scharf-kantige, nicht klaffende trockene Wunde.

l) und m) sind dieser ganz ähnliche in gleicher Richtung verlaufende und nur durch einen linienbreiten Raum getrennte Wunden in der Kehlgrube

n) gerade über der linken Brustdrüse, in der Mitte der Beugefläche, am unteren Ende der Streckfläche des linken Vorarmes, an der Beugefläche des linken Zeigefingers und Daumens sind ganz kleine oberflächliche Hautschnittwunden wahrzunehmen.

o) An der vorderen Fläche des linken Unterschenkels, unmittelbar unter dem Knie nach innen zu, bemerkt man eine in schiefer Richtung von oben und aussen, nach ab- und einwärts verlaufende, 3‴ lange und 1½‴ klaffende, scharfränderige Wunde.

p) An der Rückenfläche befindet sich eine in der Mitte der linken unteren Nackengegend beginnende, in schiefer Richtung von oben und aussen, nach ab- und einwärts gegen die Wirbelsäule zulaufende, 1¼″ lange und 3‴ klaffende scharfränderige Wunde, aus welcher dünnflüssiges Blut sickert. Die Ränder sämmtlicher Wunden sind weder geschwellt noch geröthet.

9. Sugillirte Hautabschärfungen, wie selbe gewöhnlich durch Kratzen mit den Fingernägeln hervorgebracht zu werden pflegen, sieht man am Nasenrücken, an der Jochbeingegend, der Oberlippe, am Mundwinkel und der Unterkiefergegend der linken Gesichtsseite, sowie in der linkseitigen Halsgegend. Zwei solche, in der linken Schlüsselbeingegend, in querer Richtung verlaufend und nur durch eine schmale Hautstelle getrennt, linsenförmig gestaltet, zeichnen sich durch ihre Länge aus, die innere ist 3″, die äussere 2″ lang. Eine kreuzergrosse Hautabschürfung ist am linken Ellbogenhöcker, und kleinere sind am linken Daumen und Zeigefinger.

10. Kleine Sugillationen befinden sich zwischen den Wunden am Halse und eine Thalergrosse am linken Ellbogen unter dem Höcker.

11. Das Auge ist geschlossen, getrübt, die Pupille erweitert.

12 Der Unterkiefer fest angedrückt, die Zunge mit der Spitze zwischen den Zähnen links eingeklemmt, mit den Eindrücken derselben versehen, geschwellt,

13. in der vorderen Mundhöhle liegt frei der zweite untere linke Schneidezahn, die Mundschleimhaut mit dunklem dünnflüssigem Blute belegt.

14. Der Hals dick, in die Quere gefurcht, nicht ungewöhnlich beweglich, die Brustdrüsen gross, derb, der Bauch nur wenig aufgetrieben, an den äusseren Genitalien, am Rücken und After nichts Bemerkenswerthes.

15. Am linken Vorarme und an der linken Hand kleben mehrere Haare, die zu Gerichtshanden genommen werden.

16. Am übrigen Körper nach wiederholt vorgenommener genauer Besichtigung keine Spur von einer anderweitig erlittenen Gewaltthätigkeit oder geleisteten Gegenwehr.

(Fortsetzung folgt.)

Virchow, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Vierter Band, erste Abtheilung: Krankheiten des Nervenapparates, bearbeitet von W. C. Hasse, Professor der medic. Klinik in Göttingen. Zweite Abtheilung: Darstellung der Krankheiten des Nervenapparates vom pathologisch-anatomischen Standpuncte. Erlangen. F. Enke, 1860. gr. 8. S. 350—686.

Die erste Abtheilung dieses Werkes, welche vor fünf Jahren erschien, behandelte die Neuropathologie vom symptomatischen Standpuncte aus, während in dieser zweiten Abtheilung die Betrachtung der Krankheiten des Nervenapparates auf anatomischer Basis vorliegt. Der Verfasser beginnt mit der Anämie des Gehirnes und erörtert in diesem Capitel zugleich die bei Kindern vorkommende, von Marschall Hall als Hydrokephaloid beschriebene Krankheitsform. Die einzelnen Symptome werden mit Präcision angegeben und auf die Wichtigkeit der Beobachtung derselben aufmerksam gemacht. Bei der prognostischen Betrachtung macht H. vorzüglich auf die Verhältnisse der Pupille nach Kussmaul's Angaben aufmerksam. Beim Eintritte der Hirn-Anämie ist die Pupille bekanntlich verengt, erweitert sich dann nach und nach und behält den gleichen Durchmesser bis zum Tode. Bei wiederkehrendem Blutzuflusse in adäquater Menge erweitert sich die Pupille wieder und kehrt dann zu ihrer natürlichen Grösse zurück. Eine Dilatation der Pupille bei Fortbestand der anämischen Erscheinungen ist daher als ein ungünstiges Zeichen zu betrachten.

Im Capitel der Hyperämie erörtert der Verf. mit Genauigkeit die anatomischen Merkmale der Gehirn-Hyperämie, bezeichnet die Cautelen, welche zur Constatirung einer exacten Leichendiagnose nöthig erscheinen, sehr gründlich und behandelt die Structurveränderungen im Gefässapparate. Von diesen werden insbesondere hervorgehoben: Die cylindrische Erweiterung der Gehirn-Capillaren, welche in analoger Weise, wie diess Ecker und Schröder van der Kolk bezüglich des Gehirnes Geisteskranker gethan, abgehandelt wird, ferner die Gewebsanomalien in den Gefässhäuten, welche zu den Gehirn-Hämorrhagien führen. Die von Durand-Fardel als Producte einer chronischen Erweichung gedeuteten gelben Platten der Windungen bezeichnet H. ebenso wie Rokitansky, als Residua peripherischer Apoplexien. Von den secundären Nutritions-Störungen werden die Umwandlung der Neurine in Körnchen-Zellen und Fettaggregationen, welche nicht selten in die grauen Stränge des Rückenmarkes greifen (Türk) und die allgemeine Involution der Gehirnsubstanz sehr gründlich beleuchtet. Die Apoplexia intra-arachnoidealis wird nach Virchow's Lehre abgehandelt, nämlich in den meisten Fällen ist eine secundäre Hämorrhagie (Haematoma durae matris) vorhanden, da eine eigentliche inter-arachnoideale Blutung nicht vorkommen kann, insofern die Arachnoidea cerebri nur aus einem Blatte besteht. Es blieben daher eigentlich nur jene traumatischen Formen übrig, welche als Durchbrücke von cerebralen Apoplexien an die Hirnoberfläche gelangen, ferner die Fälle von Blutergüssen in neugebornen Kindern, wenn während der Geburt namhafte mechanische Hindernisse in der Circulation und Respiration vorhanden waren, endlich frisch entstandene Extravasate, welche bei erschütternden Kopfverletzungen zwischen dura Mater und Arachnoidea zur Beobachtung kommen, wenn gleich in den bei weitem häufigeren Fällen die Blutergüsse zwischen der harten Hirnhaut und der inneren Schädeloberfläche auftreten, wie diess die Chirurgen von jeher angenommen haben.

Bezüglich der Therapie wird die zuerst von den französischen Aerzten aufgestellte Ansicht, dass die Venaesection wohl nur gegen die drohende momentane Störung etwas leisten könne, dass jedoch durch deren Anwendung weder die Resorption des Extravasates befördert, noch eine dauernde Vernarbung des apoplektischen Herdes eingeleitet werden könne, festgehalten, und der Verf. bemüht sich, die Indicationen für und gegen die Vornahme des Aderlasses scharf zu bezeichnen. Mit Recht wird die Venaesection ein durch die plötzliche Gefahr dem Arzte abgedrungenes Mittel genannt, welches nur mit wählerischer Vorsicht zu gebrauchen ist, »da man alle Ursache hat, die Kräfte der Kranken zu schonen, damit der nöthige Grad der Energie des Nervensystems und der Circulations-Thätigkeit sich erhalte«. Bei sehr alten Personen, insbesondere jenen, welche das Zeichen des senilen Marasmus an sich tragen, bei anämischen, durch Krankheiten erschöpften Individuen ist die Venaesection gefährlich. Ist dagegen bedeutender Hautturgor vorhanden, strotzen die Hautvenen, ist das Gesicht geröthet, sind die Pupillen verengt, sowie bei starker Pulsation der Carotiden, bei Integrität der Respiration in jungen, kräftigen Menschen ist für den Aderlass eine Indication gegeben. Doch soll die Blutentleerung stets sorgfältig überwacht werden und dieselbe ist sogleich zu sistiren, wenn die Haut kühl, der Puls klein und unregelmässig wird, ferner, sobald der Kranke sich zu erholen beginnt u. s. w. »Eine sehr vollständige Hemiplegie, vor Allem doppelseitige Lähmung, aber auch schon eine totale Erschlaffung aller Glieder nebst aufgehobener Thätigkeit der Sphincteren, behindertem Schlucken und gänzlich mangelhafter Reflex-Erregbarkeit verbieten die Aderlässe oder machen sie nutzlos, während Starre der gelähmten Gliedern und Convulsionen, vorausgesetzt, diese seien nicht anämischen Ursprunges, keine Contraindication geben.«

Bezüglich der Erklärung, wie es möglich sei, dass sich die willkürliche Bewegung wieder herstelle, nachdem doch der Verlauf

der getroffenen Hirnfasern unterbrochen sei, spricht H. die Meinung aus, dass es vorzüglich auf den Sitz der Lähmung ankomme; entspricht nemlich diese einer Stelle, wo die eigentlich noch leitenden Nervenfasern noch weit auseinander liegen, so ist nur eine sehr beschränkte Wiederherstellung der Functionen zu erwarten, hat aber die Continuitätstrennung oberhalb des Beginnes der Leitungsfasern, stattgefunden, so könne nach gediehener Vernarbung der verletzten Stelle eine ersetzende Innervation von Seiten der nachbarlichen Hirnfaserung angehofft werden. Sind diese leitenden Fasern und die ihnen entsprechenden Muskeln nach so langer Zeit überhaupt noch receptiv und functionsfähig geblieben, dann kann wohl auch die Lähmung theilweise oder vollkommen schwinden. Diese Erklärung passe für jene Fälle, welche durch Elektricität geheilt wurden; bekanntlich kommt eine solche Heilung cerebraler Lähmung post appoplexiam nur ausnahmsweise zur Beobachtung; so heilte Duchenne nur den zwanzigsten und besserte kaum den vierten Theil der Fälle, daher die sanguinischen Hoffnungen jener Aerzte, welche nach den günstigen Erfolgen der Faradisation bei rheumatischen, peripheren, Bleilähmungen u. s. w. auch die schnelle Besserung der cerebralen Lähmungen erwarteten, sehr getäuscht wurden.

Von den serösen Ergüssen in den Hirnhöhlen werden der äussere Wasserkopf als Oedem der Spinnenwebenhaut, der acute und chronische Hydrokephalus, sowie das Gehirnödem sehr genau abgehandelt. Der Verf. vindicirt übrigens dem Hydrokephalus eine Selbstständigkeit, im Gegensatz zu der Ansicht jener Kliniker, welche den Wasserkopf nur als Meningealtuberculose gelten lassen wollen. Die Enkephalitis, sowie die Gehirnerweichung sind in Beziehung ihrer Aetiologie und ihres Verlaufes, in welchem die hinzutretende Anämie, Maceration, Entzündung und Hämorrhagieen eine bedeutende Rolle spielen, gleichfalls sehr umfassend und gründlich abgehandelt.

Die Bedeutung der Thrombose und Embolie für Gehirnerkrankungen ist theils nach des Verfassers eigenen, schon früher veröffentlichten Arbeiten, theils nach den neueren Untersuchungen Virchow's ganz erschöpfend erörtert. Die Pigmentablagerung im Gehirne bei Melananämie, die Atrophie und Hypertrophie, sowie der Sclerose des Gehirnes, die Neoplasmen, die Aneurysmen und Cysticercusbildungen in der Schädelhöhle sind mit ausserordentlicher Klarheit und nach vollkommen selbstständigen, durch vieljährige Autopsie begründeten Untersuchungen behandelt, und es kann jedes dieser Capitel als Monographie des bezüglichen Krankheitsprocesses gelten.

Es kann dieses Werk als die gründlichste, durchaus auf eigene Beobachtungen sich fussende Abhandlung über die Krankheiten des Nervensystemes unserer Zeit gelten, und sowohl der Studierende als praktische Arzt, ja auch der klinische Lehrer wird sich durch das Studium dieses trefflichen Werkes eine nirgends anders zu gewinnende Belehrung aneignen. Jedem denkenden Leser wird sich zugleich die Ueberzeugung aufdrängen, dass der einzig mögliche Weg, ein tüchtiger Kliniker zu sein, nur der der pathologisch-anatomischen Forschung sein könne und dass Prof. Hasse, welchem die pathologische Anatomie bereits so Viel treffliches zu danken hat, wirklich der in dem Cyclus des Virchow'schen Handbuches, welches die Pathologie und die Therapie in einer den jetzigen Anforderungen der Wissenschaft und den Zeitbedürfnissen vollkommen entsprechenden Weise vertritt, an ihn ergangenen Aufforderung der Lösung der schwierigsten Aufgabe vollkommen gerecht wurde.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Am 5. d. M. versammelten sich eine Anzahl von Aerzten und Wundärzten in Folge der von den Redacteuren der Wiener medicin. Zeitschriften ergangenen Einladung zu einer Wahlbesprechung im Consistorialsaale. Dr. Wittelshöfer stellte den Antrag, vor Allem zur Wahl eines Comite's zu schreiten, welches sich mit den Ausschüssen der übrigen Wahlkörper ins Einvernehmen zu setzen und dann eine Candidatenliste vorzulegen hätte. Herr Dr. E. Nusser und Prof. v. Dumreicher erklärten hierauf, dass eine solche Wahl einige Zeit und Ueberlegung brauche, und schlugen vor, die Wahl von 16 Comitémitgliedern (2 aus jedem Wahlbezirke) durch Stimmzettel, welche den 8., 9. und 10. d. M. den hiezu sich freiwillig meldenden Vertrauensmännern zu übergeben wären, vornehmen zu lassen. Da diese Anträge einstimmig angenommen wurden, so ist bereits diese Wahl geschehen, und es werden nach vorgenommenem Scrutinium die Namen der gewählten Comitémitglieder bekannt gegeben werden.

Die Direction der Humanitätsanstalten in Zara wurde dem dermaligen Primararzte und provisorischen Director des Stadtspitales allda, Dr. Michael Milcovich, definitiv verliehen.

Dem Grazer chirurgisch-klinischen Assistenten Dr. Johann von Egger, wurde eine Remuneration von 100 fl. Oe. W. für das Studienjahr 1859—60 bewilligt und behufs einer besseren Beleuchtung des geburtshilflichen Prakticantenzimmers in Wien eine Mehrauslage von 224 fl. Oe. W, angewiesen.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgem. Krankenhause wurden vom 1. bis 7. Jänner inclusive 420 Kranke (um 71 mehr, als in der Vorwoche) aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2112 und 2030 und war am 7. d. M. 2094 (1190 M., 904 W.). Lungentuberculose, gastrische Affectionen kamen am zahlreichsten, Pneumonie und Typhen häufiger zur Aufnahme.

Personalien.

Der Regimentsarzt I. Classe, Dr. Franz Hanselmann, erhielt bei Gelegenheit seines Uebertrittes in den Ruhestand den Charakter eines Stabsarztes ad honores.

Erledigungen.

Ein von den Ständen Steiermarks gegründetes Stipendium für Hörer der Medicin an der Wiener Hochschule, mit welchem ein Jahresbezug von 315 fl. Oe. W., ferner der weitere Bezug von 205 fl. nach jedem erfolgreich abgelegten Rigorosum, endlich jener von gleichfalls 105 fl. nach erlangtem Gradus verbunden ist, kommt pro 1861 in Erledigung. Die Competenten, welche aus Steiermark gebürtig sein und einen Revers, dass sie ihre Kunst in dem Kronlande Steiermark ausüben werden, einbringen müssen, haben ihre Gesuche bis Ende Jänner 1861 bei dem steirisch-ständischen Ausschusse zu überreichen.

Das Doctor Gorischek'sche Stipendium jährlicher 140 fl. Oe. W. für einen in Wien Medicin Studierenden ist erledigt. Die Competenten, unter denen nach dem Wortlaute der Stiftung die in einer Gemeinde der Bezirke Drachenburg und Lichtenwald in Steiermark Zuständigen den Vorzug haben, wollen ihre Gesuche, welche mit der Bestätigung ihrer Würdigkeit von Seite ihres vorgesetzten Decanates zu belegen sind, bis Ende d. M. bei der niederösterreichischen Statthalterei einzugeben.

Ein chirurgisches Gewerbe in der königl. Freistadt Eisenstadt in Ungarn, dessen dermaliger Besitzer zugleich Stadtwundarzt und provisorischer Gerichtswundarzt, ferner Hauswundarzt in einem nahe gelegenen Kloster ist, wäre abzulösen. Nöthigenfalls könnten auch die Möbel und die Wohnung übernommen werden.

Nähere Auskunft beim Amtsdiener der medic. Facultäts-Canzlei (Stadt 761, 3. Stock).

Die Bade- und Communal-Arztenstelle im Curorte Kovaszna in Siebenbürgen, mit dem Jahresgehalte von 400 fl. Oe. W., dem Holzdeputate von 12 Klaftern und freier Wohnung, ist zu besetzen. Die Competenten, welche Doctoren der Medicin und Chirurgie sein müssen, wollen ihre Gesuche bis Ende März an den Magistrat Kovaszna (Post Kovaszna) gelangen lassen.

Die P. T. Herren Pränumeranten werden ersucht, die Pränumerationsbeträge an das Redactionsbureau (Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761) mit dem Betrage von 8 fl. Oe. W. für das Inland portofrei einzusenden. Für das Ausland übernimmt Aufträge E. F. Steinacker in Leipzig, ganzjährig mit 5 Thaler. Die Pränumeration kann auch viertel- oder halbjährig geschehen.

(Inserate werden zu 10 kr. Oe. W. (2 Sgr.) pr. dreispaltige Petitzeile berechnet.)

Druck von Anton Schweiger in Wien.